

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

363

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph, Fernand DEVY

Né le 24 Mars 1910 à CHANTELOUP-LES-BOIS (M.-et-L.)

LA HERNIE
ACCIDENT DE TRAVAIL
EXISTE-T-ELLE ?

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

606

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph, Fernand DEVY

Né le 24 Mars 1910 à CHANTELOUP-LES-BOIS (M.-et-L.)

LA HERNIE ACCIDENT DE TRAVAIL EXISTE-T-ELLE ?

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale	POLONOVSKI.	Robert DEBRE
Chimie médicale	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie	ABRAMI.	CHEVASSU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEROUX.	CHAMPY.
Pathologie médicale et générale	TIFFENEAU.	HARVIER.
Pathologie médicale	TANON.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale	LAIGNEL.	LAVASTINE
Anatomie pathologique	FIESSINGER.	CHIRAY.
Histologie	LOEPER.	CARNOT.
Pharmacologie et matière médicale	Marcel LABBE	CLERC.
Thérapeutique	LEREBoullet	NEBOCOURT.
Hygiène et médecine préventive	H. CLAUDE.	GOUGEROT.
Médecine légale	GUILLAIN.	LEMIERRE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CUNEO.	GOSSET.
Pathologie expérimentale et comparée	GREGOIRE.	LENORMANT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	TERRIEN.	MARION.
Clinique médicale	LEVY-SOLAL	COUVELAIRE
Hygiène et clinique de la première enfance	JEANNIN.	MOCOQUOT.
Clinique des maladies des enfants	OMBREDANNE	RATHERY.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMAITRE.	Pierre DUVAL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VILLARET.	BEZANÇON.
Clinique des maladies du système nerveux	NATHIEU.	LAUBRY.
Clinique des maladies infectieuses	CROUZON.	HOVELACQUE
Clinique chirurgicale	MULON.	OLIVIER.
Clinique ophtalmologique	VERNE	
Clinique urologique		
Clinique d'accouchements		
Clinique gynécologique		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Assistance médico-sociale		
Professeurs sans chaire		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
BENARD Henri. Pathologie médicale.	GAYET
BENARD Et. Pathologie médicale.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.) Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU ..
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HAZARD
COSTE	HUGUENIN ..
CHEVALLIER ..	JOANNON
DOGNON	LACOMME
FUNCK-ERENTANO ...	LANTUEJOUL ..
FEY	LAROCHE Guy.
GAILLARD	LAVIER
GASTINEL	LELONG
	Pathologie chirurgicale
	Physiologie.
	Pathologie médicale
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie
	Pharmacologie.
	Anatomie pathologique
	Hygiène.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale
	Parasitologie.
	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

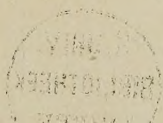
MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR POITOUT

*Qui m'a sans cesse guidé et encouragé;
qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
mon affectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale
Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de bien
vouloir présider notre thèse. Nous lui expri-
mons notre respectueuse gratitude.*

A MON MAÎTRE
LE PROFESSEUR CHARLES MARTIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Hôtel-Dieu d'Angers

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
Bien faible expression de toute ma grati-
tude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES-RÉMY MARTIN

Professeur suppléant d'Anatomie et Chargé de Cours de Physiologie
à l'Ecole de Médecine d'Angers

*Témoignage de ma profonde reconnais-
sance.*

AVANT-PROPOS

En Anjou, pays surtout agricole, n'ayant que quelques industries, à Cholet, à Angers (Etablissements Bessonneau), les accidents de travail sont relativement peu nombreux ; le bénéfice de la loi du 9 avril 1898 ne s'est étendu que depuis quelques années aux ouvriers de la terre. Nos compatriotes, de mentalité franche et loyale, d'esprit juste, n'ont pas cherché à obtenir des avantages abusifs à la suite de leurs blessures et c'est seulement depuis quelques années que l'on voit à ce point de vue une évolution fâcheuse, avec tendance à l'exagération, ou même la simulation. En particulier pour les hernies, dans leurs rapports avec les accidents de travail, nous avons été frappé, en relevant et analysant les opérations de hernie faites à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Angers de 1931 au mois d'octobre 1937, du nombre de hernieux attribuant leur infirmité à un accident de travail. Sur un total de 415 hernies inguinales (seulement 25 femmes), 45 % étaient attribuées au travail chez les ouvriers de moins de 50 ans, — les porteurs de vieilles hernies inguino-scrotales, avec les traces évidentes de bandages ne pouvaient avoir cette protection, — la plupart des hernies des plus jeunes étaient de petit volume, et les plus grosses

avaient le volume d'un œuf; cependant quelques hernies inguino-scrotales étaient contre toute vraisemblance dénoncées comme accident de travail.

D'autre part, les observations indiquaient pour la plupart le certificat d'origine de blessure, les médecins appelés à constater et à apprécier les conséquences de l'accident incriminé, admettaient le plus souvent *de plano* dans ces certificats, la réalité de l'origine accidentelle de ces hernies.

Même certains hernieux étaient envoyés à l'Hôpital par les Compagnies d'assurances elles-mêmes, en dehors de tout document concluant à la responsabilité patronale. Ces compagnies acceptant d'avance que toute hernie constatée au cours du travail doit être réputée comme due au travail et préférant faire les frais d'une opération pour éviter le paiement d'une rente.

Ainsi nous est venue l'idée d'étudier cette question des hernies accidents de travail, de faire le point et de chercher à connaître l'opinion actuelle des médecins et des juges, opinion qui au moins dans le milieu où j'ai fait mes études paraît assez mal connue.

Rappelons brièvement la situation créée par la loi :

Avant la loi du 9 avril 1898, en France, les accidents survenus à un ouvrier au cours d'un travail exécuté au compte d'un tiers, n'étaient pas l'objet d'une législation spéciale. S'il y avait une faute imputable au patron, la responsabilité était déterminée par les articles 1382-1383.

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause ou

entraîne un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence. »

La loi du 9 avril 1898, fut précédée par des lois semblables — en Allemagne (1884), Autriche (1887), Angleterre (1897), Italie (1898), Suisse (1908) — elle met à la charge des patrons : *les accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail*, sans distinguer les cas où l'accident est dû à la faute du patron, à la faute d'un tiers, ou à celle même de l'ouvrier. L'on ne recherche plus la *responsabilité*, à moins de faute inexcusable et l'on n'établit que *la réalité de l'accident*.

Le langage usuel, ainsi que le fait remarquer Reclus — confond même *l'accident* — avec *la blessure* — la cause et sa conséquence par exemple, la chute et la fracture qu'elle provoque.

Par une omission regrettable, la loi ne définit pas ce que l'on doit entendre par le mot accident de travail. Les définitions par des commentateurs ont été nombreuses : une circulaire du garde des sceaux, dit que l'accident « est une lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ». « C'est un événement soudain et violent ». Léon Bourgeois, ou bien « une lésion, c'est-à-dire un traumatisme dû à une cause violente, fortuite et extérieure », Morostaing, ou encore « le résultat d'une action extérieure

et soudaine au cours du travail », Paulet, ou encore « une blessure provenant d'une cause violente extérieure, involontaire, instantanée » Butruilhe.

Une des meilleurs définitions est encore celle de Reclus : « Un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail et qui détermine dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager ».

De cette revue, nous retiendrons la *nécessité de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure par le fait ou à l'occasion du travail*, suivant une définition de la Cour de Cassation elle-même en 1912.

La loi déclenche un premier acte médical — le certificat de constatation de la blessure — après avoir constaté et décrit la blessure, le médecin doit en apprécier la cause, le degré, la gravité, en indiquer la durée probable, quelles en seront les conséquences. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance capitale de cette première appréciation médicale qui donne une existence légale à l'accident et à ses conséquences un certificat initial qui affirme l'existence d'une hernie accident de travail, même en dépit de tout bon sens, sera une attestation difficile à effacer. Nous chercherons à établir quelles sont les relations des hernies avec les accidents de travail, si la hernie peut être la conséquence d'un accident de travail, — dans quelles conditions ?

Cette étude comporte trois chapitres :

I. — La hernie au point de vue médico-chirurgical.

II. — Les modifications que la jurisprudence a fait subir à cette conception de la hernie.

III. — Les hernies ou accidents herniaires qui peuvent être considérés comme provoqués par des accidents de travail.

Nous n'envisagerons que la hernie inguinale, ainsi que l'ont fait presque tous les auteurs qui se sont occupés de la hernie accident de travail, c'est en effet, presque uniquement, des hernies inguinales qui ont été attribuées à des accidents au cours du travail, et les conclusions auxquelles arrivent les auteurs sont encore plus soutenables pour les *rare*s *hernies ombilicales ou crurales*.

LA HERNIE AU POINT DE VUE MEDICO-CHIRURGICAL

Selon la définition classique : *la hernie est caractérisée par l'issue des viscères à travers un orifice normal de la paroi abdominale.*

Les hernies à travers un orifice traumatique SONT DES ÉVENTRATIONS, soit que les viscères sortent de suite à travers une plaie, soit qu'elles refoulent une cicatrice (éventrations post-opératoires) ces lésions n'ont rien de commun avec les hernies survenant en dehors de tout traumatisme, par suite de dispositions spéciales, congénitales ou acquises.

La hernie est une infirmité extrêmement fréquente, 1 sur 14 habitants d'après Malgaigne.

Nous supposerons connues les dispositions anatomiques du canal inguinal : ses deux parois, son trajet, ses orifices.

Comme les autres hernies, celles de la région inguinale ont des enveloppes, dont la plus profonde est le sac, prolongement du péritoine — un contenu variable, le plus souvent de l'intestin et particulièrement des anses grêles. La persistance du canal vagino-péritonéal, ou du canal de Nuck donne à de nombreuses hernies inguinales le caractère d'être CONGÉNITALES ;

quelle que soit la date de la manifestation clinique de la hernie. Dans un sac préformé, vestige d'une disposition fœtale, reliquat du prolongement péritonéal qui accompagne le testicule dans sa migration et va former la vaginale, dans ce sac, l'intestin n'a aucune difficulté à pénétrer, que ce sac soit habité dès la naissance, ou resté vide plus ou moins longtemps jusqu'à ce que spontanément ou sous l'influence d'un effort les viscères viennent à s'y engager.

Dans ces hernies congénitales, il n'est pas rare que, en plus de la persistance du canal vagino-péritonéal, n'existe une certaine aplasie des muscles de la région.

D'autres hernies inguinales, sont indépendantes de toute tare congénitale, elles sont dite ACQUISES. Dans ce cas, plus de sac préformé, mais une modification lente, progressive des plans de la paroi, ou s'associe l'atrophie des faisceaux musculaires, l'infiltration graisseuse, la diminution de force de résistance, d'épaisseur des aponévroses et des tissus fibreux, élargissement et laxité des anneaux et orifices. La hernie repousse et passe à travers la paroi, comme le coude à travers la manche d'un habit usé d'étoffe élimée.

C'est une véritable *hernie de faiblesse de la paroi*, une infirmité progressive, une hernie maladie.

A côté de cette véritable hernie acquise, existe-t-il une hernie dite de force — hernie accident ? nous discuterons longuement cette question.

Qu'il s'agisse de hernie congénitale, ou de hernie acquise, avec les différences que l'on conçoit, étant données les différences anatomiques tant du sac que

de la paroi, dans ces deux variétés, la hernie constituée va progresser, augmenter peu à peu, le sac péritonéal se laisser distendre et les viscères descendre d'une façon insidieuse, continuelle et progressive.

Sous l'influence de la pression abdominale que viennent accroître des facteurs divers, soit physiologiques, comme le chant, les cris, la défécation, soit pathologiques, comme la toux, les éternuements, sous l'action des muscles se contractant et se relâchant tour à tour, dans l'accomplissement quotidien du travail normal, ou des actes variés d'une existence normale, la migration qui n'est au début que momentanée, *pointe de hernie* (le fond du sac déborde, à peine l'orifice interne ou profond du canal inguinal) devient permanente : *hernie inguino-pariétale ou interstitielle* (le sac n'a pas encore franchi l'orifice extérieur ou superficiel), puis hernie inguino-pubienne ou bubonocèle (le sac a franchi plus ou moins cet orifice extérieur) et enfin définitive, hernie *inguino-scrotale*, étape ultime du voyage (Mori).

Très exactement chaque inspiration, chaque parole, chaque geste augmentant la tension du ventre, se répercutent sur la hernie, augmentant son volume, son trajet, sa migration.

De la division classique des hernies selon leur point d'émergence, selon la situation du collet du sac, *les hernies obliques externes, directes et obliques internes*, celles-ci exceptionnelles, nous ne retiendrons que deux considérations.

La hernie oblique externe qui sort par l'orifice pro-

fond du canal inguinal en dehors de l'épigastrique, pour suivre le trajet du canal et franchit finalement l'orifice superficiel, est conditionnée par la persistance du canal vagino-péritonéal : *c'est une hernie congénitale.*

La hernie directe, déprime et traverse directement la paroi postérieure effondrée du canal inguinal, elle n'a pas de sac congénitalement préformé, mais les plans musculo-aponévrotiques de cette paroi postérieure ou mal développés, minces, disloqués, atrophiés, envahis par la graisse, les parties aponévrotiques éliminées, dissociées, n'opposent plus de résistance aux à-coups répétés de la pression abdominale, aux petits efforts quotidiens, aux poussées dans les défécations, aux secousses de la toux, et peu à peu l'on voit cette paroi se laisser distendre, s'effondrer et laisser passer à la longue une poche péritonéale qui forme un sac herniaire. Les petits efforts répétés, ces légers à-coups de pression intra-abdominale, par une action lente et continue — opèrent comme la goutte d'eau qui finit par user la pierre, elle refoule le péritoine, dissocie le tissu conjonctif du canal inguinal, et transforme ce canal virtuel en canal effectif, dont le trajet est de plus en plus direct.

A côté de cette variété de hernie directe, qu'on peut dire « *primitivement directe* » une très ancienne hernie oblique externe peut progressivement distendre le trajet inguinal et ses orifices, supprimer l'obliquité du trajet, superposer et élargir les deux orifices qui n'en font plus qu'un, dans cette hernie *secondaire*.

ment directe, n'existe plus qu'un large orifice, bordé de piliers amincis, lâches, fortement écartés et sans résistance, à travers lequel la hernie sort directement, mais l'artère épigastrique est toujours en dedans du collet du sac.

Les connaissances chirurgicales aboutissent donc à conclure qu'il y a deux variétés de hernies inguinales :

— *Les congénitales*, — dues à la persistance du canal vagino-péritonéal obliques externes, comme trajet -- au total, *une malformation*.

— *Les acquises*, — dues à la déficience de la paroi postérieure du canal inguinal, allant *directement* de la profondeur vers les téguments — *maladie herniaire*.

Quel que soit la variété, la hernie s'accroît par un processus insidieux et progressif, par la lente migration du viscère, qui pousse devant lui et distend le sac péritonéal, le sac herniaire, qu'il soit préformé, ou dû au refoulement de la séreuse que ne soutient plus la paroi débile et amincie.

Un ensemble aussi complexe qu'une hernie ; son sac, son contenu, l'état des orifices qui la laissent passer, l'état de la paroi, peut-il naître d'un coup, être provoqué par un effort si violent qu'il soit ? Telle est la question capitale à discuter et à résoudre, et qui revient à dire : un effort, un accident de travail est-il capable de faire naître une hernie ? Les éven-trations sont hors du débat.

A priori, il semble bien qu'un tel effet, d'un effort, quelle que soit sa violence, soit irréalisable.

Fauquez, dit excellemment : « Un effort unique, une saccade unique si énergique soit-elle de la pression intra-abdominale, est incapable d'effondrer d'un seul coup la paroi du canal et de faire passer par la brèche un capuchon de péritoine. La souplesse, la mollesse, le manque de consistance des viscères abdominaux : épiploon ou intestin qui constituent d'ordinaire le contenu de la hernie, ne leur permettent pas de jouer ce rôle de mandrin rigide, de lacérer les tissus, ou de vaincre la résistance des anneaux inguinaux. La faible extensibilité du péritoine, ses connexions avec les fascias, son extrême sensibilité s'opposent en outre à cette dilatation brutale. »

Est-il besoin pour accumuler les preuves de ce lent processus de la maladie herniaire, de faire état des constatations anatomo-pathologiques faites par des chirurgiens chez des sujets opérés, immédiatement après l'apparition d'une hernie inguinale attribuée à un effort.

Obs. I. — M..., employé à la Manufacture d'Allumettes de Trélazé, est opéré pour une hernie inguinale gauche, déclarée accident de travail le 7 avril 1932; effort normal au cours de son travail.

Les constatations faites au cours de l'intervention ont été les suivantes:

a) Le sac herniaire, du volume d'un doigt, de 3 cm. de longueur, ne dépassait pas l'orifice inguinal superficiel, il contenait une anse de l'intestin grêle, facilement réductible, sans adhérences;

b) La musculature de la paroi postérieure du canal inguinal était peu développée, les bords inférieurs des

muscles, petit oblique et transverse, amincis, atrophiés et distants de 3 cm. de l'arcade crurale;

c) Il n'y avait ni déchirure, ni infiltration sanguine, ni œdème ou gonflement, tels qu'en aurait produit un traumatisme, un effort anormal, une rupture de la paroi, constituant la hernie de force — c'est-à-dire, au sens exact du mot: une éventration.

L'état de la région inguinale du blessé, état antérieur à l'accident, est celui qui prépare les hernies dites de faiblesse. La constitution défectueuse de la paroi de la région inguinale paraît exister également du côté droit, sans qu'il y ait encore de hernie.

Obs. II. — Ch..., 59 ans, ouvrier de la Fabrique d'Allumettes de Trélazé, est atteint de hernie inguinale droite, du volume d'un œuf; d'après son récit, le 31 janvier 1934, en soulevant une caisse d'environ 80 kilogs, une douleur a été ressentie, d'abord peu vive au moment de l'effort, puis plus intense, sous forme de brûlures, au niveau de la région inguinale droite.

Le travail a pu être continué, et le lendemain seulement, la douleur continuant et augmentant, le blessé interrompt son travail, va consulter un médecin, qui constate la présence d'une saillie anormale dans la région douloureuse: une hernie. Le blessé affirme qu'il ne connaissait pas cette hernie avant l'accident et qu'il ne s'est d'ailleurs aperçu de son existence que le lendemain du dit accident, avant d'aller voir son médecin.

Constatations opératoires: aponévrose du grand oblique formée de faisceaux minces, laissant des hiatus entre eux. L'orifice superficiel du canal inguinal admet facilement deux doigts; celui-ci refoule le sac et son contenu intestinal. La paroi postérieure du canal est effondrée, la hernie directe a passé à travers cette paroi sans résistance. C'est la disposition tout à fait caractéristique des hernies acquises, des hernies de faiblesse.

Le blessé est d'ailleurs un tousseur, sa paroi abdominale est infiltrée de graisse.

Obs. III. — Un homme de 30 ans, ouvrier agricole, à parois musculaires abdominales suffisantes, mais légèrement adipeuses, dit avoir vu soudainement la hernie inguinale droite qu'il présente apparaître en levant *une fourchée* de foin, pour donner à manger à un cheval, travail habituel, représentant le soulèvement d'un poids de quelques kilogs. Octobre 1935. Il y eut une douleur assez vive, rapidement calmée; l'accident était survenu à la fin de la journée, le travail ne fut pas continué. Le blessé dîne, dort, et le lendemain obtient de son médecin un certificat constatant une hernie: accident de travail. Une cure opératoire est conseillée; cette intervention eut lieu le quatrième jour après l'accident.

Je constate: l'existence d'une hernie inguinale droite, oblique externe au stade de bubonocèle, du volume d'une noix, ayant un pédicule remontant dans le canal inguinal et ayant tous les caractères d'une hernie congénitale.

Le testicule est un peu haut, moins développé que le gauche; au-dessus de l'épididyme, petite tumeur kystique du volume d'une cerise.

Le blessé affirme avec énergie qu'il ne se connaissait pas de hernie, ce qui est possible. La petite tumeur sus-épididymaire était connue du blessé, mais regardée comme sans importance.

Constatations: un sac herniaire à collet dur, épais, plissé, admettant largement un gros doigt. Un peu de sérosité dans le sac.

Celui-ci se continue par un filament très net, jusqu'au kyste du cordon qui représente la partie inférieure du canal vagino-péritonéal, la supérieure ayant formé le sac herniaire.

Aucun œdème péri-sacculaire, aucune rupture mus-

culo-tendineuse, muscles inguinaux normalement développés.

Obs. IV. — En bêchant, en novembre 1936, un jardinier de 45 ans ressent une douleur vive dans l'aîne droite, fait constater une saillie du volume d'un œuf, réductible, et prétend qu'il s'agit d'un accident de travail. La Compagnie d'Assurances l'envoie à l'hôpital pour être opéré. Le certificat médical conclut à la présence d'une hernie, sans plus.

Parois abdominales flasques, peu musclées; hernie inguinale droite acquise, à orifice admettant le pouce; la hernie est du volume d'un œuf, facilement réductible, mais sortant à la moindre secousse de toux, le contenu est épiploïque. Affirmation qu'avant l'effort il n'y avait rien, pas plus qu'à gauche.

Je considère le blessé comme un fraudeur.

Opération le sixième jour; l'on dissèque:

— un sac à parois épaisses, adhérent au niveau du collet; à ce niveau le péritoine est dépoli, cartonné;

— les divers plans de la paroi postérieure du canal inguinal sont atrophiés, les fibres musculaires dissociées, rares et grêles, les plans aponévrotiques profonds, le tendon conjoint, forment des lames minces, discontinues.

Obs. V. — Hernie inguinale gauche, dite accident de travail; opérée le 9 juin 1937.

Le sac n'a pas franchi l'orifice superficiel du canal; la dissection montre qu'il s'agit d'une hernie directe, par glissement; on ne peut disséquer ce sac que jusqu'à sa continuité avec le méso intestinal.

Paroi postérieure du canal peu développée, comme aplasiée, peu d'infiltration de graisse.

Obs. VI. — Si l'anneau inguinal peut s'élargir dans

un *effort interne* (toux, éternuement, etc...) il se rétrécit et se ferme dans un effort *externe*, comme dans l'effort de porter un faix, et la hernie ne peut se produire si elle n'existait pas antérieurement. Sur le blessé l'expérience a été faite: après avoir fait rentrer sa hernie et avoir introduit le bout du doigt dans l'anneau inguinal, on fait soulever au sujet un poids de 30 kilogs et l'on constate que non seulement la hernie ne sortait pas, mais que l'orifice se rétrécissait sur le doigt.

Conclusion: La hernie dont J... est porteur n'a été ni créée, ni aggravée par l'accident.

Obs. VII. — C... est porteur de deux pointes de hernie à l'état de bubonocèles, qui présentent les caractères de hernies congénitales.

On constate qu'au moment d'un effort physiologique (toux, éternuement) il se produit un gonflement des régions inguinales, visible à l'inspection, et une propulsion en masse de l'intestin et de l'épiploon perceptible à la palpation lorsqu'on introduit la pulpe de l'index dans l'orifice inguinal.

On constate, par contre, que lorsqu'il soulève de terre un poids de 30 kilogs, *les anneaux se ferment*, et qu'il ne se fait aucune impulsion ni locale, ni généralisée à l'hypogastre.

Obs. VIII. — Fermeture de l'orifice inguinal externe pendant l'effort de soulèvement d'un poids de 30 kilogs, et aucune tendance à la production d'une hernie, puisque la porte est plus fermée qu'avant, bien qu'il existe une pointe de hernie de faiblesse.

Obs. IX. — Double hernie inguinale à l'état de bubonocèle; la hernie gauche serait apparue et devenue douloureuse au cours d'un travail normal. Travail continué.

A l'occasion des efforts de toux, d'éternuements, gonflement visible des régions inguinales, impulsion perceptible au palper.

Par contre, l'effort de soulèvement d'un poids de 30 kilogs ne détermine ni gonflement, ni impulsion perceptible au doigt. Il n'y a pas de poussée viscérale, interne au moment de cet effort musculaire; au contraire, la saillie habituelle chez H... — ses trajets inguinaux — s'efface, et l'orifice externe se ferme.

En conclusion. — Les efforts incriminés n'ont pu créer une hernie ni en augmenter le volume. Les hernies en question préexistaient avant l'effort invoqué et résultent d'une disposition congénitale, leur progression lente et insensible est due aux actes physiologiques de la vie courante.

Pour donner une preuve supplémentaire de la nature de cette hernie acquise, un examen histologique du sac (collet et ses environs) est fait, il montre : l'épaississement de la séreuse, sa vascularisation anormale, la disparition des fibres élastiques et leur disposition irrégulière ; les éléments élastiques sont remplacés par des fibres conjonctives.

Des dispositions si nettement congénitales dans les cas I et IV, de telles altérations, cas II et III, ne peuvent être l'effet d'un effort dilatant uniquement le péritoine pour former un sac herniaire et lui faire traverser la paroi.

L'état herniaire surtout chez nos deux ouvriers agricoles n'a pu se constituer que lentement, sous l'action de petits efforts répétés, effondrant graduellement la paroi, comme en peut produire le choc inces-

sant du contenu abdominal contre la paroi du sac, dans les petits efforts anormaux que l'on accomplit à tout moment au cours d'une journée (Grassi).

L'analyse des efforts a permis de mieux comprendre leurs effets et montre l'impossibilité de formation brutale d'un diverticule péritonéal et l'engagement soudain d'un viscère abdominal dans ce diverticule pendant un effort musculaire violent :

A) Pendant cet effort, la paroi abdominale contractée *pousse avec violence les viscères comprimés selon une résultante de forces qui, d'après les travaux de Louventieff, est parallèle à l'arc de l'ouverture du bassin*, que toute l'action musculaire s'exerce dans cette direction, sans se faire sentir sur les régions latérales — où sont précisément localisés les points faibles, c'est-à-dire les anneaux inguinaux (Mord).

B) *Les anneaux inguinaux, bien loin de se détendre et de s'élargir ont, au contraire, tendance à se fermer.*

Dans les efforts intenses, le thorax s'immobilise après une forte inspiration, la glotte se clot hermétiquement, les muscles abdominaux se contractent énergiquement et plus l'effort est violent, plus est forte la constriction des anneaux et quelle que soit la pression intra-abdominale, la masse molle et inconsistante de l'épiploon et de l'intestin ne peut vaincre une pareille résistance. (Obs. VI.)

Les hernies traumatiques sont donc d'une rareté extrême, si tant est qu'elles existent, et beaucoup de chirurgiens n'en ont jamais observé au cours d'une longue carrière.

« Pour qu'une hernie puisse naître accidentellement, il faut que le sujet soit saisi par un traumatisme formidable assez puissant pour défoncer la paroi musculaire, décoller avec effraction le péritoine sur une large étendue, le refouler à travers une paroi résistante, brutalement dissociée, projeter enfin les viscères hors du ventre. »

En voici deux exemples :

Obs. X. — En 1916, un homme de 25 ans est projeté, par suite d'un dérapage, en dehors d'une auto découverte. La voiture s'écrase sur un arbre. Le blessé est relevé en état de shock. Après deux heures de médication qui font reparaitre un poulx bien frappé le blessé peut être examiné et opéré.

Le choc, dont la modalité est difficile à déterminer, a porté d'une façon élective sur la fosse iliaque droite, il y a une suffusion sanguine parallèle à l'arcade crurale; le palper est extrêmement douloureux, la paroi est comme échancrée et il paraît impossible de faire un diagnostic précis des lésions. Il paraît non moins urgent de faire une intervention exploratrice.

Une incision verticale à 2 cm. en dehors du muscle droit se recourbe parallèle à l'arcade crurale et montre : 1° un arrachement des insertions des muscles larges allant de l'abdomen à l'arcade crurale. L'issue d'anses grêles non perforées sous l'aponévrose du grand oblique qui n'était que dissocié; 2° un arrachement du cœcum avec rupture du repli péritonéal allant de la face postérieure du cœcum à la fosse iliaque; déchirure de l'intestin à ce niveau. La précocité de l'intervention a été le facteur principal de la guérison.

Obs. XI. — Un carrier de 33 ans est pris, en 1937.

entre l'avant d'un camion et un mur. On a le renseignement précis que le choc a eu lieu tangentiellement à la paroi abdominale au niveau du côté gauche. Le médecin traitant hésite et laisse passer trois jours (pour cette raison je n'indique ni le lieu, ni la date de l'accident).

A son arrivée dans mon service le blessé est pâle, exsangüe, avec un pouls petit, rapide, et tous les signes d'une importante hémorragie intrapéritonéale.

Tout le côté gauche de la région sous-ombilicale est noircie par une abondante ecchymose.

Le palper est douloureux partout, mais surtout à gauche. Le ventre est loin d'être souple; ce n'est pas le ventre de bois comme après les perforations viscérales, et d'ailleurs la douleur au palper est telle que l'on ne peut approfondir l'examen. On note des zones de matité et de sonorité dans la fosse iliaque gauche que l'on s'explique mal. On n'a pas l'impression (pas de fièvre au troisième jour) d'une rupture d'intestin et l'on affirme la présence d'un abondant épanchement sanguin. Une laparotomie médiane sous-ombilicale confirme la lésion péritonéale et ne montre pas de déchirure viscérale.

Le péritoine pariétal est rompu au-dessus de l'arcade crurale et des anses intestinales s'engagent dans cette déchirure.

Une incision parallèle à l'arcade crurale montre l'importance des lésions musculaires: déchirure du grand droit et des muscles larges, il y a une véritable destruction de toute la paroi fibro-musculaire sur la hauteur de deux doigts, du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. Plusieurs anses grêles sont passées à travers cet hiatus.

L'artère épigastrique est détruite et semble l'origine principale de l'hémorragie qui contribue à la mort.

Est-ce que l'on peut appeler *hernies traumatiques* de telles destructions de la paroi abdominale? et peut-on dire que la symptomatologie particulièrement drama-

tique: le shock, les douleurs, la pâleur de la face, les sueurs, la petitesse du pouls sont les symptômes d'une hernie accident de travail? La possibilité d'une hernie par choc direct peut être plus discutable. P. Berger, dans un remarquable mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie* de 1906, publie l'observation suivante que nous résumons:

Obs. XII. — Ruade d'un cheval sur la région de l'anneau inguinal externe du côté gauche — volumineux hématome les jours suivants et apparition d'une hernie pubienne *qui, autant que l'on peut l'affirmer, n'existait pas auparavant*, et l'auteur conclut: voici bien le type d'une hernie traumatique, d'une rupture véritable produite par un choc direct au niveau d'une des régions inguinales et ayant ouvert la voie à une hernie.

Cette observation est cependant bien discutable: absence de précision — l'hématome ne signifie pas rupture pariétale, mais seulement rupture vasculaire — quelles ont été exactement les lésions musculo-aponévrotiques — quels étaient les caractères de la hernie pubienne, son sac, son trajet, son volume, son contenu et encore plus discutable est l'appréciation de la cause réelle de la hernie en question — que Berger admet être « l'effort, la contracture brusque de la défense de la paroi et l'accroissement de la tension abdominale qui en est le résultat plutôt que la lésion locale produite par l'agent vulnérant ».

Dans ce mémoire sont publiées des observations de hernies accident par violence externe, dont on ne pourrait plus admettre l'origine traumatique, par exemple:

Obs. XIII. — Charretier de 23 ans ; sous l'aîne gauche, choc par le manche d'un marteau qui frappe à faux. Douleur vive et constatation quelques instants après à l'aîne gauche d'une grosseur que le médecin de l'assurance déclare être une hernie pubienne qui devient rapidement une hernie scrotale.

Obs. XIV. — Coup de pied de cheval sur les bourses et la région de l'anneau inguinal externe du côté droit. Tuméfaction faisant penser à une orchite traumatique, les jours suivants, un examen plus attentif montre qu'il s'agit d'une volumineuse hernie scrotale avec masse assez volumineuse d'épiploon.

L'anneau inguinal est large. La forme de la hernie, son volume, la rapidité de son développement, l'âge du sujet pouvant faire admettre *qu'il s'agit d'une hernie congénitale*. L'auteur n'en conclut pas moins que la manifestation de la hernie et son issue volumineuse ont été déterminées par le coup de pied de cheval ! Mais atténuant cette affirmation « on doit admettre, dit-il, qu'il s'agissait d'une hernie d'origine traumatique s'étant produite dans un sac préexistant par le fait d'une anomalie congénitale ».

Obs. XV. — Chute d'une charge de 150 kilos portée par deux ouvriers, sur l'aîne de l'un d'eux, plaie contuse et en même temps sortie d'une hernie volumineuse dont il n'avait pas connaissance auparavant.

Le lendemain le blessé dut faire appeler les médecins pour « remonter les boyaux qui étaient tombés dans la partie ».

Obs. XVI. — Un coup de marteau chasse un cric de fer qui vient frapper l'aîne droite d'un ouvrier ; travail continué, mais, faisant un effort pour mobiliser un frag-

ment de roche détaché par le cric, l'ouvrier sent une douleur vive dans l'aîne. On constate une hernie inguinale droite.

Obs. XVII. — Choc d'un timon de fardier *sur la paroi abdominale*. Douleur vive et existence reconnue le jour même d'une hernie inguinale gauche, mais il existe une pointe de hernie du côté opposé.

Obs. XVIII. — Chute d'une grosse motte de terre sur le bas-ventre, douleurs dans l'aîne droite, et cessation du travail. Pointe de hernie à gauche et à droite, hernie pubienne, de moyen volume, l'anneau et le trajet inguinal admettent l'introduction du doigt.

Nous ne pensons pas que, actuellement, l'on puisse admettre que de tels traumatismes soient rendus responsables de l'apparition de hernies, et que, soit par choc direct amenant la rupture de la région inguinale, soit par contraction de la paroi déterminant un accroissement brusque de la pression intra-abdominale, un sac herniaire avec son contenu ait pu se constituer, être poussé à travers le canal, et descendre jusque dans les bourses.

Et pour finir, un dernier exemple, commenté par Fauquez :

Obs. XIX. — Un homme de 60 ans est heurté au bas ventre par l'extrémité de la pince avec laquelle il manie un bloc de fonte, la contusion qui ne porte que sur un point extrêmement limité est si légère qu'elle ne produit ni douleur vive, ni ecchymose et que le blessé continue son travail. Trois mois après, devant l'expert, il est por-

teur d'une hernie inguinale gauche volumineuse, et d'une pointe de hernie droite qui font, toutes deux, issue par des anneaux largement béants.

L'expert conclut à des hernies acquises, infirmité sans rapport avec l'accident, le tribunal fait sienne cette opinion, mais la Cour d'Appel réforme le jugement et accorde au hernieux « la rente due à sa mauvaise foi et à sa persévérance, *dit Fauquez* ».

Obs. XX. — Contusion du bas ventre près de l'aîne par le manche d'un ringard dont Was..., âgé de 28 ans, se servait pour décrasser une chaudière.

Sept jours après, il va consulter un médecin qui délivre un certificat :

« Contusion de la région inguinale droite. »

Quelques jours après, W..., montrant une hernie inguinale droite à un médecin qui constate sans en spécifier les caractères ; un troisième constate une paroi abdominale de tonicité médiocre, la présence à gauche d'une hernie du volume d'une mandarine facilement réduite à travers un anneau très dilaté et à droite une deuxième hernie un peu moins volumineuse avec un anneau tout aussi dilaté que celui du côté soi-disant blessé ; hernie dont la production a pu être favorisée par les quintes de toux chez un homme atteint d'emphysème et de bronchite chronique.

Et l'aspect montre l'impossibilité de produire une hernie par un choc en de telles conditions. *Quant à admettre que le choc d'un objet aussi étroit que l'extrémité d'un ringard ait pu chasser l'intestin à travers l'orifice inguinal, c'est chose absolument inadmissible.*

Les hernies par excès de pression abdominale, dans les chocs directs ne se produisent que lorsque le corps contondant est large, tel un tampon de wagon. La contusion abdominale n'a donc joué aucun rôle soit pour agrandir l'anneau, soit pour y chasser l'intestin.

HERNIES

DEVANT LA JURISPRUDENCE

Au point de vue médical, la notion de hernie est donc simple et claire : l'issue du viscère se faisant à travers la paroi abdominale, soit grâce à une malformation de cette paroi, à la persistance d'un canal vagino-péritonéal, *hernie congénitale*, soit dans le cas d'une *hernie acquise* par le refoulement progressif des différents plans musculo-aponévrotiques de la région inguinale atrophiée, amaigrie, ou dissociée par la graisse.

Dans les hernies congénitales, alors que rien n'empêche la libre et rapide pénétration de l'intestin dans le sac préformé, le processus est le plus souvent progressif, insidieux ; le viscère, par une lente migration descend, d'abord pointe de hernie, puis hernie interstitielle et enfin finissant par franchir l'orifice externe du canal inguinal, peut descendre dans le scrotum.

Les médecins disent donc :

— Hernie congénitale : malformation d'origine fœtale.

— Hernie acquise : maladie herniaire due à la dégénérescence, à la dystrophie, à la destruction des parois normales du canal inguinal.

Ils disent également : la formation, l'accroissement d'une hernie, est le plus souvent un processus lent, insidieux et progressif, et non l'effondrement, la transfixion brusque, instantanée d'une paroi abdominale par une sorte de projectile, de masse térébrante, perforante, qui représenterait le viscère projeté par l'effort.

Si les experts *« ne doivent pas sortir une minute du domaine purement technique pour s'engager sur le terrain juridique »*, pas plus fait remarquer Fauquez *« les juges ne doivent sortir une minute du domaine purement juridique pour s'engager sur le terrain médical »*.

Et pourtant, nous allons voir ce qu'est devenue la notion de hernie accident de travail, d'après la jurisprudence actuelle.

Si, au début, quelques jugements : Limoges 1831, Douai 1899, Cour de Nîmes 1900, Saint-Etienne 1900, avaient tenu compte de l'opinion autorisée des chirurgiens, dans des attendus comme les suivants :

1°) *« Attendu qu'il y a lieu de se montrer en cette matière d'autant plus circonspect que la hernie, qu'elle soit congénitale ou d'une faiblesse subséquente des organes, se manifeste le plus souvent sous une influence indépendante du travail. »* Lille, mai 1900.

2°) *« Attendu que l'accident du Podée 1903 ne se rattache par aucun lien appréciable au travail personnel ; que l'effort fait par Quiot et qui a précédé l'apparition de cette tumeur, n'a pas été et n'a pu être la cause déterminante du mal, qu'il en a simplement révélé l'existence, etc. »* Douai 1900.

De plus en plus, les tribunaux français et aussi les étrangers, considèrent les hernies montrées au cours du travail, comme des accidents du travail, suivons les jeux de la jurisprudence qui nous ont amenés à cette situation paradoxale.

« Dès l'application de la loi du 9 avril 1898, il fut admis, même par des médecins d'assurances, qu'en matière de hernie, un refus systématique, bien que défavorable en théorie, était en pratique impossible, ni même recommandable, ne fût-ce qu'au point de vue moral et social. » (Fauquez.)

Il faut d'abord laisser hors de conteste, les cas, d'ailleurs absolument exceptionnels, où une violence extérieure, d'une extrême intensité, considérable, vient soit défoncer la paroi abdominale, rompre muscles et aponévroses, soit comprimer et projeter les viscères à travers la paroi rompue.

Ces cas sont d'ailleurs des éventrations et non des hernies. Ces accidents formidables sont le plus souvent suivis de mort.

De même les *épisodes herniaires* : étranglements pincements de l'intestin entre les piliers, distension du sac sous l'influence d'un effort ou d'une violence extérieure sont légitimement des accidents du travail; nous les étudierons dans notre troisième chapitre.

Mais les hernies vraies, celles où il y a issue par glissement du sac péritonéal à travers le canal inguinal, dans lequel le sac peut descendre un viscère abdominal, se présentent dans leurs rapports avec le travail de la façon suivante : l'ouvrier peut être *un her-*

nieux connu ou avoir un *sac herniaire préformé*, mais *vide*, ou encore une *paroi disloquée, atrophiée*, sans qu'une *hernie ne soit encore apparue*.

Un auteur italien : Pellegrini, établit ainsi une distinction :

1°) *Hernieux en action*,

2°) *Hernieux en puissance*,

3°) *Les prédisposés*.

Chez le premier, on trouve un sac habité ; et si le blessé dit ne pas connaître son infirmité, il s'agit d'un fraudeur, quelquefois cependant le hernieux, qui ignorait son infirmité, de bonne foi, l'attribue à l'effort d'un traumatisme.

Chez le second, le sac herniaire préformé est le plus souvent assez large pour que de temps à autre et sans provoquer de douleur un viscère puisse s'y engager soit spontanément, soit à la suite d'efforts généralement minimes, qui manifestent *un rôle révélateur et non créateur*.

Chez le troisième, le sac est amorcé, la paroi prête à céder ; étant donné cette prédisposition, *un effort violent*, d'après l'auteur, pourrait pousser un viscère à travers un orifice même étroit et Pellegrini conclut :

Le hernieux en action n'a pas droit à indemnité pour sa hernie qui était préexistante.

Le hernieux en puissance non plus, puisque l'effort exécuté pendant le travail ne fait que remplir momentanément le sac comme le ferait un mouvement quelconque de la vie normale.

Le prédisposé, par contre, est transformé par l'ef-

fort en hernieux vrai ; sans cet effort, il ne le serait jamais devenu ou ne le serait devenu que beaucoup plus tard ; le mal latent est devenu un mal confirmé et la hernie doit être considérée comme un accident de travail, mais l'effort doit avoir un caractère de violence extraordinaire et être anormal.

Dans cet ordre de hernie, pourrait rentrer l'observation suivante :

Obs. XXI. — Le 19 avril 1937, A..., employé dans une épicerie d'Angers veut soulever un sac de farine et perçoit un soup sec dans la région inguinale droite, il cesse son travail, et fait constater par un médecin la présence d'une grosseur au niveau de la région douloureuse. Le blessé est un homme de 33 ans, ayant 1 m. 60 de taille, poids 70 kilos, bien portant jusqu'à présent. Il affirme n'avoir pas eu de hernie jusqu'à présent et n'avoir jamais porté un bandage.

Le ventre est flasque, un peu tombant, formant une double saillie au-dessus des arcades crurales, même du côté gauche non modifié par l'effort accidentel ; la paroi est dépressible peu épaisse, infiltrée de graisse, l'orifice inguinal externe est fermé, la diminution de résistance est surtout le fait de la dystrophie des parois elles-mêmes du canal inguinal gauche.

A droite la grosseur est nettement une hernie directe du volume d'une grosse noix, encore interstitielle, l'orifice cutané du canal n'est pas ouvert.

Il n'y a pas traces d'ecchymoses, pas d'œdème.

La hernie est parfaitement réductible, elle disparaît presque dans la position couchée et apparaît dans la position verticale ; la toux, le moindre effort la font augmenter de volume et saillir sous la peau. Cette blessure a été examinée le cinquième jour par une Compagnie

d'assurances ; la hernie n'est déjà plus douloureuse, un bandage la maintient facilement.

L'effort a été violent, le blessé penché en avant, les jambes écartées a essayé de toutes ses forces de soulever le sac de farine que ses bras entouraient ; la douleur a été vive, instantanée, et s'est calmée au bout de quelques instants pour laisser la sensation d'une brûlure.

Diagnostic : hernie inguinale droite, interstitielle, du volume d'une noix ; chez un prédisposé ayant un canal inguinal à parois dégénérées même à gauche.

La hernie a été provoquée par l'effort accidentel, c'est une hernie accident.

En pratique, voici ce que l'on observe :

1° Le plus souvent : à l'occasion d'un effort *normal*, au cours d'un travail habituel *normal*, l'ouvrier accusera une « *piquée* » dans le ventre, déclare s'être fait un « *effort* » dans l'aîne et montre à ses camarades une hernie plus ou moins grosse, plus ou moins descendue.

La douleur a été légère, fugitive, ne s'accompagne d'aucun phénomène réflexe et souvent le travail n'est pas interrompu.

2° Parfois, l'effort est réel, violent, prolongé, certainement *anormal* ; il surprend le sujet en position mauvaise, cuisses fléchies, jambes écartées ; position dans laquelle le coup de pression abdominale peut être dirigé vers les régions inguinales et non vers le bassin. Dans ces cas, la chaleur est vive, elle peut s'accompagner de pâleur de la face, de sueurs froides, de coliques ; le blessé tend à perdre connaissance. Le travail doit être cessé immédiatement, un repos plus

ou moins prolongé calme ces douleurs et ces réflexes. Une petite hernie douloureuse est constatée dans le canal ou à son orifice superficiel. Même en pareil cas, l'effort ne joue qu'un rôle occasionnel, un rôle révélateur et non créateur, mais étant donné les circonstances, la violence de l'effort, l'importance de la douleur et des réflexes impossibles à simuler, on pouvait être certain qu'il ne s'agissait ni de vieux hernieux, ni de simulateurs.

Ces hernies baptisées : *hernies de force* étaient acceptées comme accidentelles, les autres *hernies dites de faiblesse*, étant refusées comme telles.

Voyons maintenant les transformations de ces notions anatomiques confirmées par l'expérience et la compétence des chirurgiens, transformations dues à la jurisprudence qui fait loi actuellement.

En 1912, la Cour de Cassation définissait l'accident : *Toute lésion provenant au cours du travail de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure*. Cette définition est remplacée par la suivante :

1°) « *Est accident du travail tout accident survenu à l'heure et au lieu du travail.* » Arrêts du 20 avril 1912, 8 février et 31 décembre 1921.

Obs. XXII. — Un ouvrier, au cours d'une rixe, dans la cour d'une usine avant la reprise du travail, lance une brique à son adversaire, et prétend s'être fait *un effort* dans ce geste.

La rixe n'avait été occasionnée ni directement, ni indirectement par les nécessités du travail, la victime avait été l'agent provocateur.

La nature accidentelle de l'effort fut affirmée par la Cour de Cassation, avec des considérations telles que les suivantes :

La responsabilité du chef d'entreprise commence à partir du moment où l'ouvrier pénètre dans l'établissement et ne cesse que lorsqu'il en a de nouveau franchi le seuil.

Il importe peu que l'agression fut motivée par un fait étranger au travail ou même fut imputable à la victime (29 octobre 1923).

La loi sur les accidents de travail est donc devenue la loi sur les accidents survenus pendant le travail, et l'on a abandonné cette idée juste que le travail devait être la vraie cause, le facteur efficace de la production du fait accidentel.

2°) *Les prédispositions, l'état antérieur ne doivent pas être recherchés.*

La Cour de Cassation avait jugé le 1^{er} mai 1901 qu'il n'y a pas de relation entre l'infirmité et l'accident lorsque l'accident a été non la cause déterminante de la hernie, mais la circonstance qui a révélée un état morbide préexistant.

Mais un arrêt du 24 octobre 1904, dit le contraire. « *Les juges de fait qui constatent qu'une hernie est survenue par le fait du travail ne peuvent sans violer l'article 3 de la loi du 9 avril 1898, tenir compte de l'état antérieur.* »

Pourtant la loi est muette à ce sujet et dans les débats parlementaires, qui en ont précédé le vote, d'après le rapporteur lui-même, l'obligation de tenir

compte de la prédisposition et de l'état antérieur ressortait si nettement de l'esprit de la loi qu'on avait estimé superflu d'en faire mention dans le texte.

Qu'un accidenté ait donc « le ventre en besace, les anneaux inguinaux largement ouverts, des piliers amincis, avachis sans consistance ; qu'il présente en outre, une infirmité congénitale, une persistance vagino-péritonéale, bref qu'il soit dans toute la force du terme, un prédisposé à la hernie, peu importe, l'état antérieur ne compte pas et ne doit pas être invoqué ». Fauquez.

Aussi, conséquence de cette jurisprudence, un jugement d'appel de M., cassait un jugement du Tribunal Civil de M., nommant des experts pour dire si la hernie est uniquement le résultat d'un vice de naissance (hernie congénitale) ou d'une dégénérescence morbide (hernie de faiblesse), ou au contraire, d'un traumatisme (hernie de force), bien que supposant une certaine malformation naturelle, par les attendus suivants :

Attendu que la hernie s'est produite à l'heure et au lieu du travail, qu'il n'y a pas lieu de distinguer entre les hernies de force et les hernies de faiblesse, que c'est à tort que le tribunal a commis des experts à l'effet de rechercher si la constitution de C. le prédisposait aux hernies.

Attendu qu'il est impossible de demander à des médecins s'il était atteint d'une hernie avant le jour de l'accident. Et pourtant les observations de hernies préexistantes sont légion :

Obs. XXIII. — Un homme de 31 ans, ressent dans l'aîne droite une douleur, sous l'influence des trépidations dues à un pistolet automatique riveteur.

Le travail n'est pas interrompu.

L'expert constate une hernie inguinale droite assez volumineuse en voie d'évolution et marche vers le scrotum. Cette hernie, ne serait-ce que par son volume, a les caractères d'une hernie ancienne ; les circonstances de l'accident ne sont pas non plus favorables à l'idée d'une hernie traumatique.

D'autre part, les caractères mêmes de la hernie, son volume, son siège, son évolution, sont ceux d'une hernie ancienne remontant à la première enfance et constituant la hernie dite de faiblesse ou par persistance du canal vagino-péritonéal ; le diamètre des orifices inguinaux externes, tant à droite qu'à gauche, le peu de résistance des piliers sont également le témoignage d'une prédisposition anatomique favorable à la production ou à la manifestation d'une hernie de faiblesse.

Conclusion :

« L'accident invoqué n'a pas créé la hernie.

La hernie était préexistante à l'accident.

« L'accident invoqué n'a pas aggravé cette hernie.

Il n'y a aucune relation de cause à effet contre l'accident et la hernie inguinale droite dont le sujet est porteur.

Obs. XXIV. — La mission donnée à l'expert était :

1. L'accident a-t-il créé de toutes pièces une hernie ?

2. L'accident a-t-il produit ou occasionné une lésion constituant une aggravation d'une hernie préexistante ?

3. N'y a-t-il, au contraire, aucun rapport entre l'accident invoqué et le développement, l'évolution ou l'apparition de la hernie ?

Or, il s'agissait d'une récédive d'une double hernie, attribuable à l'insuffisance de la paroi musculaire avec distension générale des tissus, qui n'est nullement en relation avec les efforts qui auraient pu être effectués au cours du travail.

L'état antérieur peut donc être recherché, prouvé et d'importance démontrée.

D'après cette jurisprudence, toute recherche, toute discussion sur la pathogénie des hernies est donc interdite à l'expert, qui doit limiter sa mission à la fixation du taux d'incapacité. L'accident ne perd pas son caractère d'accident du travail du fait que la hernie n'est pas créée de toutes pièces par l'effort, du fait qu'elle n'est que la manifestation imprévue d'une prédisposition organique, ou même la révélation, l'extériorisation d'une hernie préexistante, ignorée ou cachée.

Le Professeur Sorge, dans la *Rassegna della Previdenza Sociale*, apprécie ainsi qu'il suit ces hernies cachées, connues ou méconnues : « La prédisposition à la hernie n'est en somme qu'une hernie déjà en acte. La prédisposition est constituée par la malformation congénitale, par la faiblesse des parois, congénitale ou constitutionnelle ou faiblesse acquise. Par le même mécanisme sur lequel tous les chirurgiens sont d'accord et que nous avons exposé plus haut (l'action lente et continue de la pression abdominale

avec les à-coups, les efforts continuels inhérents à la vie et au travail) par ce mécanisme se *constitue hors de l'abdomen mais dans l'épaisseur de la paroi*, une hernie complète, c'est-à-dire composée d'un sac et de son contenu, à l'état de pointe, ou à l'état de hernie interstitielle, c'est-à-dire logée dans l'espace qui sépare l'anneau interne de l'anneau externe du canal inguinal. Il existe donc une hernie véritable, en ce sens que viscère et sac sont hors de la cavité abdominale, bien qu'il n'y ait à l'extérieur aucune saillie perceptible ».

C'est donc un préjugé de croire qu'une hernie ne peut exister réellement que si elle est apparue à l'extérieur. Le contraire est fréquent, soit que la hernie soit encore cachée contre les parois du canal inguinal, soit que le sac soit vide, et alors quel dommage peut résulter de la révélation accidentelle de ces hernies.

L'auteur Italien prétend même que cette révélation est une chance pour le hernieux ; en effet, une hernie ignorée est un danger et que rien n'est fait pour la guérir, pour en atténuer les conséquences, alors que par contre, averti, le sujet peut éviter les dangers de sa hernie et retarder les progrès par un bandage ou tenter la cure opératoire.

1° Puisque la jurisprudence actuelle ne tient pas compte de l'état antérieur, l'on doit donc renoncer, dans nos certificats ou rapports d'expertise, à ces phrases ambiguës, imprécises, telles que :

« L'accident n'a pas créé de toutes pièces la hernie.

« L'accident a peut-être aggravé un état antérieur.

« L'accident a sans doute révélé chez un prédisposé une hernie en évolution.

Il faut que l'expert, lorsqu'il a acquis la ferme conviction que la hernie n'est pas la conséquence de traumatisme, déclare tout net, sous la forme la plus concise et sans chercher à ménager la chèvre et le chou : « La hernie était pré-existante à l'accident et l'accident ne l'a ni créée, ni aggravée. Un point, c'est tout. » (Fauquez.)

2°) L'effort peut rendre douloureuse plus ou moins longtemps une hernie préexistante, même provoquer des complications ; c'est ce que nous étudierons, sous le nom d'épisodes herniaires.

3°) *Toute lésion dont le travail même normal est la cause ou l'occasion doit être considérée comme constituant un accident de travail.*

Il suffit qu'un hernieux conscient de son infirmité déclare au cours de son travail : « Je viens de sentir une douleur dans l'aîne, une piquée, et montre une grosseur ayant les caractères d'une hernie pour que le droit à l'indemnité d'une incapacité permanente partielle de travail (10 % en moyenne) lui soit assuré.

De tous les méfaits de cette jurisprudence de la Cour de Cassation, ce dernier est incontestablement le plus grave, le plus gros de conséquences. Assimilés à des accidents de travail, les actes habituels du travail, les actes répétés qu'exige la nature même du travail, les actes professionnels en un mot, assimilés à un événement imprévu et soudain l'ultime manifes-

tation d'une maladie depuis longtemps en évolution; c'est tout d'abord en violation formelle de la loi, abolir toute distinction entre l'accident de travail et la maladie professionnelle, c'est englober dans les accidents de travail toutes les maladies subaiguës ou chroniques plus ou moins latentes qui, dans leur phase finale, peuvent être influencées par un acte musculaire quelconque, si modeste soit-il. L'hématémèse dans l'ulcère gastrique ou duodénal, l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire à la période cavitaire, l'hémorragie et l'embolie cérébrales, la rupture d'anévrisme, la crise d'angor pectoris deviennent ainsi des accidents de travail (Pr. Mori). Pour que l'effort accompli par l'ouvrier au travail puisse avoir le caractère d'un accident donnant droit à une réparation, il est nécessaire qu'il soit *anormal, extraordinaire, individualisable*, qu'il sorte par conséquent des limites des efforts ordinaires qu'exige l'accomplissement du travail habituel auquel est astreint l'ouvrier » (Mori).

L'effort, au sens scientifique et juridique du mot, c'est comme le dit Beaunis, une action musculaire déployée à un moment donné pour vaincre une forte résistance, pour triompher d'une puissance adverse, c'est comme le dit Pieraccini, un appel à toute l'énergie musculaire, dans le but de surmonter un obstacle. Or, il est impossible de concevoir qu'un ouvrier, fût-il soumis au travail le plus pénible, puisse sans arrêt, renouveler cet effort exceptionnel dont la répétition épuiserait vite toute sa force de résistance.

L'effort prévu, loin de trouver la région inguinale relâchée, prête à subir l'effet de l'augmentation de la pression intra-abdominale, augmente la résistance des points faibles par une contraction énergique des muscles : la paroi durcit, le canal inguinal s'étire, s'étend dans le sens de la longueur, les parois antérieure et postérieure tendent à se rapprocher et les anneaux tendent à se fermer.

Le Professeur Lovo fait justement remarquer que la loi exige, pour qu'il soit accident de travail, l'intervention d'une cause violente si un effort normal suffit, et serait plus simple de dire qu'il y a accident indemnisable toutes les fois qu'à l'occasion du travail il y a une lésion quelconque.

Avec les conceptions de la Cour de Cassation, on arrive à confondre la maladie professionnelle avec l'accident de travail. « Le but de la loi, dit-elle, n'est autre que la protection de l'ouvrier contre le risque professionnel », alors qu'elle ne le protège que contre l'effort au cours du travail d'une cause violente et elle en vient à déclarer que la hernie est une maladie professionnelle et à ce titre, indemnisable.

Ne peut faire exception que la hernie par traumatisme externe ou par effort violent et imprévu.

HERNIES ET ACCIDENTS HERNIAIRES DUS A DES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Si, le plus souvent et d'une façon indubitable, la plupart des hernies sont, ou des malformations congénitales ou des hernies maladies et caractérisées par la lente migration d'un viscère abdominal que précède la procidence du péritoine dont ce viscère est revêtu comme d'une espèce de sac, refoulant une paroi atrophiée, disloquée, infiltrée de graisse ; un accident de travail dans des conditions très spéciales peut être réellement la cause provocatrice d'une hernie qui méritera l'appellation de *hernie accident*.

Les cas sont exceptionnels, mais réels.

Mettons à part les accidents d'une hernie déjà existante, connue, que le travail vient compliquer, rappelons encore les éviscérations pour n'y plus revenir ; nous allons étudier les véritables hernies accident.

1° Accidents herniaires au cours du travail

Ces accidents sont de deux ordres : ou l'*étranglement herniaire*, ou des phénomènes plus ou moins douloureux, ce que Biondi appelle : les *épisodes herniaires*.

A. — L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE. ACCIDENT DE TRAVAIL

Les observations en sont nombreuses : une hernie connue jusque là réductible, maintenue ou non par un bandage va s'étrangler au cours du travail, qu'il y ait ou non un effort véritable.

Certaines hernies congénitales, surtout, ont le fâcheux privilège de s'étrangler en naissant : c'est une notion classique.

Observation. — Un jeune homme de 17 ans court pour chercher un outil et ressent tout à coup une vive douleur dans l'aîne gauche. Conduit à l'infirmerie de l'usine, l'on voit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon : hernie inguinale étranglée, jusque là ignorée.

L'opération montre que l'étranglement est dû à un rétrécissement de Ramonède dans un canal vaginopéritonéal.

Le fait que cette hernie se soit étranglée alors que l'ouvrier n'a fait aucun effort spécial, n'a reçu aucun choc, n'empêche pas que cet étranglement, survenu par exemple à la suite d'une crise de toux, d'un éternuement, de l'acte de se moucher, mais au moment du travail, est un accident de travail.

Sous cette réserve que la responsabilité patronale ne devrait pas être admise en l'absence d'efforts, de chute, de choc, d'action extérieure soudaine et violente, il est légitime que l'accident d'étranglement soit admis comme accident de travail et que ses conséquences, même s'il y a mort, donnent des droits aux indemnité prévues par la loi.

Il faudrait là encore retenir la possibilité du refus par l'ouvrier de toute opération.

B. — L'ÉPISODE HERNIAIRE

Sans aller jusqu'à l'étranglement, l'accident de travail peut avoir provoqué des phénomènes douloureux à l'occasion d'un effort : la douleur, la piquée, selon l'expression populaire est de constatation fréquente. Cette piquée peut être due à l'une des causes suivantes :

A — soit le pincement du sac herniaire.

B — soit une brusque dilatation passagère du sac.

Nous avons exposé déjà, ce fait mal connu jusqu'à ces derniers temps, que l'effort nécessitait la contraction des muscles de la paroi abdominale et que les anneaux inguinaux, loin de se distendre et de s'élargir, avaient au contraire tendance à se fermer. La douleur est due au pincement du sac herniaire entre les piliers de l'orifice externe. Delbet y voit même une preuve de la préexistence de la hernie. La douleur est vive, mais passagère, elle peut s'accompagner de sensation de malaise, de défaillance, la victime pâlit, est forcée de s'allonger, mais après quelques instants de repos, la sensibilité disparaît, ou s'atténue et le plus souvent le travail est continué.

Plus rarement il y a des coliques, un vomissement, des irradiations douloureuses aux reins, à tout le ventre. La douleur est souvent plus atténuée, une piquée, l'ouvrier s'arrête un instant de travailler. La constatation de la hernie se fait parfois immédiate-

ment, soit que l'ouvrier se déshabille et fasse constater sa hernie à ses camarades, soit qu'il aille consulter le médecin. Si le travail est continué, c'est le plus souvent le lendemain, le surlendemain, la sensation douloureuse persistant que le malade va se faire examiner.

Les mêmes phénomènes peuvent être dus à une *brusque dilatation du sac herniaire*.

Ces dilatations n'existent guère que lorsque le sac a un certain volume, avec un collet assez large pour que l'intestin puisse y pénétrer librement ; plus étroit il y aurait chance d'étranglement.

Ces dispositions ne vont guère sans l'existence d'une hernie d'un certain volume et qui a chance d'être connue du blessé : la largeur de l'orifice péritonéal est en tout cas, une présomption d'ancienneté de la hernie que l'examen révèle facilement.

La pénétration brusque, en masse de l'intestin grêle ou de l'épiploon dans le sac, à travers un orifice plus ou moins large, est singulièrement facilitée par *l'inattendu de l'effort*, de la violence qui surprend la paroi abdominale et lui enlève toute possibilité de réflexes défensifs et aussi par certaines attitudes mauvaises et favorisantes ; c'est surtout quand l'effort survient, l'ouvrier étant penché en avant, les cuisses fléchies et les jambes écartées.

C'est dans ces cas que l'accident peut prendre une allure dramatique, la douleur intense, avec phénomènes syncopaux qui terrassent le blessé, celui-ci reste immobilisé dans la position où l'a surpris l'ac-

cident, pâle, couvert de sueurs, courbé, il ne peut se redresser, accroupi il ne peut se relever. A moins d'étranglement, le sac se vide, l'intestin rentre dans le ventre et il ne reste de cet incident violent et douloureux qu'un endolorissement avec malaise, une fatigue extrême, derniers vestiges du réflexe douloureux de la distension péritonéale.

L'épisode ouvre des droits au blessé, s'il a occasionné une interruption de travail, mais l'épisode terminé, qu'il ait été long ou court, la hernie ne reste pas aggravée si ce n'est d'une façon transitoire et sans incapacité permanente partielle.

2° Hernies traumatiques

Hernies accident de travail

Nous ne reviendrons pas sur l'éventration, les ruptures de la paroi abdominale, les éclatements ou destructions souvent mortelles dues à de formidables pressions ou à des chocs directs extrêmement violents; l'on ne peut plus classer parmi les hernies ces graves traumatismes.

De nombreuses publications ont étudié les caractères qui peuvent différencier la hernie accidentelle de la hernie spontanée congénitale ou acquise.

Un examen préalable, de tout salarié, éviterait à ce point de vue bien des abus, déjà cet examen est nécessaire pour l'entrée dans beaucoup d'administrations ; ce serait le plus sûr moyen de prouver que dans nombre de cas, la hernie préexistait et n'a pu être provoquée par l'accident, mais seulement aggra-

vée, compliquée dans un nombre très restreint de cas.

Quels sont les signes des hernies non accidentelles?
Nous les rappellerons rapidement.

L'état de la paroi d'abord est à noter : ventre flasque, étalé, « double ou triple saillie » à parois minces, saillant dans les flancs à la toux. La hernie elle-même peut prouver son ancienneté : les grosses hernies, les hernies scrotales volumineuses ne peuvent être récentes ; « le volume considérable de la hernie constaté peu de temps après l'accident auquel on l'attribue est une forte présomption sinon une preuve formelle de l'ancienneté plus grande de la hernie ».

En fait, la plupart des hernies que l'on prétend être dues à un accident de travail, sont de petit volume, souvent ce sont des hernies pubiennes du volume d'une amande, d'une noix, il est rare qu'elles atteignent le volume d'un œuf.

L'état de l'anneau inguinal superficiel est l'un des points essentiels de ce diagnostic différentiel : normalement l'anneau est fermé, les piliers juxtaposés ne laissant passer que les éléments du cordon, qui se déversent sur le pilier externe. Tout anneau qui laisse pénétrer l'index est un anneau déjà dilaté, un anneau large admet le doigt ; deux doigts ne peuvent pénétrer que dans un canal inguinal effondré.

Les piliers eux-mêmes doivent être rigides, solides, leur minceur, leur faiblesse sont suspectes.

A plus forte raison si le canal lui-même est perméable, large, s'il est raccourci et que le doigt aille

directement à l'orifice interne ; si les parois sont amincies, faibles, dépressibles ou même inexistantes, si on peut les déprimer et pénétrer comme dans un trou, la hernie existe, ou est en voie de développement. L'ectopie testiculaire s'accompagne presque toujours de la persistance du canal vagino-péritonéal.

Autre caractère important des hernies non accidentelles : la bilatéralité des lésions et l'irréductibilité du contenu. Souvent l'on arrivera donc à penser et à prouver que la hernie est antérieure à l'accident.

Plus important est de discuter si un effort violent, mais unique, ou un choc brutal intense (en dehors des éviscérations) est capable de provoquer une hernie ; de la faire naître de toutes pièces, d'une façon brusque, instantanée, même si la paroi est dégénérée, affaiblie, mais sans sac préformé.

Ce sont ces hernies, dites de force, qui pourraient survenir à la suite d'un coup, d'une chute, ou au cours d'un effort violent, brusque, prolongé *et unique*, surprenant le sujet en position mauvaise et où l'excès de pression intra-abdominale pourrait pousser un sac herniaire à travers une paroi diminuée dans sa texture et dans sa résistance.

C'est dans ces hernies de force que l'accident est dramatique, avec l'état syncopal, la douleur extrême, l'immobilisation du blessé pâle, couvert de sueurs et défaillant.

Voyons d'abord les conséquences de l'effort subit et violent.

Nous avons déjà étudié les deux conséquences des efforts venant rendre improbables la genèse de ces hernies accidentelles, à savoir :

1°) La direction vers l'axe pubien de la pression abdominale et non vers les régions inguinales.

2°) La fermeture et la contraction des anneaux inguinaux, et des muscles dont ils sont les tendons d'attache.

Pour être efficace, l'effort doit d'abord être imprévu, subit, non préparé ; dans ces conditions, il peut y avoir une déchirure ou une distension de la paroi musculaire en un point quelconque, même à distance des orifices herniaires, et par cette distension, cette déchirure peut s'engager l'intestin ; c'est là la véritable hernie traumatique — mais combien rare — si elle existe même !

L'effort, même violent, mais prévu par l'ouvrier, ne peut être à ce point excessif, extraordinaire, qu'il aille jusqu'à la rupture de la paroi (Professeur Tovo).

Il est inadmissible qu'une secousse unique et énergétique de la pression intra-abdominale soit capable d'effondrer la paroi postérieure du canal et de faire pénétrer par la brèche un capuchon péritonéal, amorce du sac de nouvelle formation. Il est évident que le péritoine ne peut d'un seul coup se laisser distendre et glisser entre les couches de la paroi ; qu'il en est empêché par sa faible extensibilité, par sa connexion avec les fascias voisins et par la douleur et les phénomènes réflexes qui interviennent et

arrêtent net l'acte qui élevait la pression intra-abdominale.

La masse intestinale souple, molle, dépressible, n'a pas la résistance, la rigidité nécessaire pour traverser la paroi, comme le ferait un corps dur; elle ne le peut que s'il y a une rupture et nous venons de voir combien cette rupture par l'effort prévu est impossible et même par effort subit et imprévu, peu vraisemblable.

Qu'il existe dans certains efforts exceptionnels ou coups des surpressions intestinales, des lacérations de la paroi, avec suffusion sanguine entre les différents plans, ce sont des lésions profondément différentes de la commune hernie par effort.

La hernie d'effort est en somme si rare qu'elle est, en matière d'accident de travail, négligeable (Casati).

D'interprétation plus délicate sont les coups violents pouvant être à l'origine des hernies accidentelles.

Il n'est pas concevable d'abord qu'un objet étroit, comme le manche d'un outil, l'extrémité d'un ringard, puisse chasser une anse intestinale à travers un orifice inguinal.

De telles pénétrations sans déchirure pariétale ne seraient possibles que si l'excès de pression intra-abdominale est provoquée par l'application d'un corps contondant large, tel qu'un tampon de wagon, plus souvent le traumatisme extérieur par action directe aura lacéré les divers plans musculaires ou aponévrotiques.

Nous avons cité déjà des observations suspectes à

ce point de vue et il paraît peu vraisemblable que de simples contusions pariétales soient génératrices de hernies, les déchirures et ruptures sont non des hernies, mais des éventrations.

Plus difficiles encore à apprécier sont les hernies regardées comme d'origine traumatique et n'apparaissant que tardivement. Dajet, dans sa thèse, en cite plusieurs faits : un cas de Deschamp, mineur contusionné à l'aîne et ayant, huit jours plus tard, une hernie.

Coup de pied de cheval chez un cavalier examiné par Granjean; une petite hernie inguinale apparaît au cours de la convalescence. Il semble donc prouvé, à l'heure actuelle, qu'à part des épisodes herniaires, les rares cas de hernies traumatiques, *la hernie accident n'existe pas.*

C'est la conclusion du Professeur Eugène Casati, de Ferrare, dans un travail publié dans le numéro d'octobre 1936 des *Annales de Médecine légale* : un effort unique est incapable, si intense qu'il soit, de créer de toutes pièces une hernie intestinale.

Le Professeur Casati a eu l'occasion d'observer plusieurs milliers de hernieux, dont plus de 6.000 opérés, ce qui mesure l'importance de son expérience clinique, et il affirme que :

1° Pour qu'une hernie se constitue, il faut qu'il préexiste un sac plus ou moins volumineux;

2° Un sac ne peut se former par un seul effort, quelque violent qu'il soit;

3° Le facteur le plus important dans la formation de la hernie est nettement musculaire;

4° L'augmentation de la pression intra-abdominale n'a qu'une importance tout à fait secondaire.

Casati a mesuré la pression intra-abdominale à l'aide d'un manomètre à mercure ayant deux branches dans lesquelles le mercure est au même niveau. Une branche est introduite dans le rectum. L'autre étant maintenue bien fermée pour que les gaz ne puissent s'échapper, car l'expérience est basée sur la loi de Gay-Lussac, qui veut que le volume des gaz soit inversement proportionnel à l'accroissement de la pression; or, le maximum de pression constatée dans une série d'efforts volontaires varie entre $1/15^{\circ}$ et $1/85^{\circ}$ d'atmosphère, l'éternuement a donné $1/22^{\circ}$ d'atmosphère, soit un accroissement de pression de $34 \frac{m}{m}$.

L'accroissement de la pression abdominale au moment de l'effort est donc absolument insignifiant.

Or, Scarpa a montré que le péritoine pouvait, sans perdre de son élasticité, supporter une pression de une atmosphère et demie, l'accroissement de $1/22^{\circ}$, même de $1/85^{\circ}$ d'atmosphère que l'on obtient dans les plus grands efforts, ne peut donc entraîner la formation d'un sac herniaire permanent.

D'après Casati, au moment de l'effort violent, le péritoine pariétal est une membrane bien tendue qui tapisse l'anneau inguinal interne; au cours d'un gros effort, une anse intestinale vient heurter cette membrane qui, grâce à sa grande élasticité, lui oppose une

vive résistance; du choc résulte une contusion de ses membranes: péritoine viscéral et intestinal: contusion qui peut se traduire par des troubles divers, généralement de caractère transitoire et qui peuvent être des dommages à titre temporaire, mais non à titre permanent.

L'auteur croit donc pouvoir affirmer que lorsqu'il y a réellement hernie, celle-ci ne peut être attribuée à l'accident. « Il indique, en terminant, un moyen qui lui a permis, dans bien des cas, de se convaincre que la hernie préexistait à l'accident invoqué et que le soi-disant blessé ne l'ignorait pas, en provoquant un éternuement imprévu, si le sujet porte vivement la main dans la région de la hernie, on a la preuve qu'il a l'habitude de cette réaction de défense, habitude qui, étant donnée la rareté de l'éternuement, la victime d'un accident récent ne pourrait avoir déjà contractée. »

CONCLUSIONS

— L'effort au cours du travail ne peut provoquer les lésions qui caractérisent une hernie, que celle-ci soit une hernie congénitale ou une hernie acquise.

— Les hernies traumatiques sont des éventrations et non ce qui constitue le complexe herniaire.

— Les véritables accidents de travail, en matières de hernies, sont des complications :

Soit des étranglements,

Soit des pincements du sac hernieux au niveau des piliers,

Soit des distensions brusques du sac par l'augmentation passagère de son contenu.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTONE (C.). — Industrial trauma with division of inferior epigastric artery in relation to hernia case (*Gazz. Internaz. Med. Chir.* 41 : 265-266, mai 1933).
- BORDONA. — La hernie considéré comme accidents de travail (*Los Progresos de Clinica*, juin 1935, p. 398).
- BOUDIN (P.). — La hernie est-elle un accident de travail? (*Le Concours Médical*, n° 6, 5 février 1933).
- BRAVO. — Hernie accidentelle et nouvelle loi sur les accidents de travail (*La Medicina Ibero*, n° 825, 2 septembre 1933).
- CAMPOS (F.-J.) (L.). — Las hernios ante los accidentes del trabajos (*Cir. y Cirujanos* 1 : 183-202, octobre 1933).
- CASATI (E.). — La hernie et la contusion entéro-péritonéale en rapport avec les accidents (*Annales de Médecine Légale*, n° 8, octobre 1936).
- CASCO (C.). — Perforation uterina con hernia intestinal traumatica (*Semana Med.*, 1 : 1672-1674, 18 mai 1933).
- CESATI (E.). — Hernia traumatic and industrial as occupational accident (*Atti Accad. d. sc. med. e nat. di Ferrara*, 1930, p. 63).
- DANTCHAKOFF (E.). — Rôle des veines et de leur valvules dans les hernies de force (Lausanne, 1902).
- DAVIS (J. W.). — Traumatic hernia and compensation Law (*Industr. Med.*, L : 9-10, octobre 1932).

- Hernia traumatic and industrial hernia and compensation Law (*South. Med. et Surg.*, août 1931, p. 581).
- DERVIEUX. — Décisions judiciaires dans une affaire concernant le refus par un blessé de subir une opération (cure radicale de hernie) (*Société Méd. Lég. de France*, s. du 14 novembre 1932, *Ann. Méd. Lég.*, n° 10, décembre 1932).
- DUNCAN (J. W.). — Traumatic and effort hernia (*Nebraska M. J. Norfolk Nebr.*, 1921, VI, 235-243).
- DUVOIR (M.). — A propos de la hernie accident du travail (*Société de Médecine Légale de France*, S. du 14 mars 1932).
- FERNANDEZ SPERONI. — Hernia due to industrial accident right compensation (*Semana Med.*, 13 novembre 1930, p. 1484).
- TATO (V.). — Strangulated inguinal hernia from industrial trauma case (*Siglo Med.*, 19 juillet 1930, p. 64).
- GARTON (H. W.). — Compensable hernia (*J. Indiana M. A.*, nov. 1930, p. 521).
- GUÉRIN (Robert). — Laparocèle observée après un traumatisme (*Société anat. Clin. de Bordeaux*, s. du 28 janvier 1935. In *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 15, 30 juin 1935).
- HOLLAND (J. H.). — Hernia from compensation insurance strandpoint (*New England J. Med.*, 209 : 579-585, 21 septembre 1933).
- IACOBELLI (F.). — L'ernia da sforzo (*Gazz. Internat. di Napoli*, 1910, XIII, 333-42).
- JEANNENEY. — Hernie accident du travail (*Le Jeune Médecin*, n° 27, de juillet 1929, p. 5).
- KAGAN. — Classification médico-légale des hernies traumatiques (*Thèse de Strasbourg*, 1934-1935).

- KUMMER (E.). — Eubcutaneous prolapse of intestine after traumatic rupture of abdominal muscles (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 2 mars 1929, p. 265).
- LECLERCQ (J.). — Peut-on imposer une cure radicale de hernie à un blessé du travail ? (*Annales de Médecine légale et de criminalologie et de police scientifique*, 12^e année, n° 4, avril 1932, p. 243).
- LERICHE (R.) et FRIEH (P.). — Résultat d'une opération pour hernie pulmonaire post-traumatique (*Lyon Chir.*, 30 : 593-594, septembre-octobre 1933).
- MAGGIO (P.). — Pathogenesis and treatment of traumatic cerebral hernia (*Gazz. Internaz. Med. Chir.*, 15 juillet 1931, p. 427).
- MARIN (J. R.). — Hernia as occupational disease due to accident while in service (*Primer. Congr. de Med. y cir. Nav. y mil. de Chile*, 1929, p. 331).
- MARIN (Juan). — La hernia como enfermedad profesional proveniente de un accidente del servicio (*Rev. Med. Latino, Americana*, n° 163, Abril 1929, p. 774).
- MASINI (Paul). — La hernie traumatique et la jurisprudence actuelle (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 décembre 1929, p. 2792).
- La hernie traumatique et la jurisprudence actuelle (*Bull. et Mém. Société de Chirurgie de Marseille*, n° 3, mars 1929, p. 302).
- La hernie traumatique et la jurisprudence actuelle (*Le Sud Médical et Chirurgical*, n° 2150, 15 janvier 1933).
- MASSOPUST (V.). — Inguinal hernia as occupational disease (*Arsegna d. Previd. Sociale*, sept. 1930, p. 17-22).
- MAYER (I.). — Hernia traumatic and industrial cost to nation (*M. J. et Rec.*, 16 janvier 1929).

- MICHEL (M.). — Peut-on forcer un ouvrier atteint de hernie à subir une cure radicale ? (*Société de Médecine Légale de France*, s. du 14 mars 1932).
- MOLÉ (C.). — Wound with sharp edged weapon in lower right abdominal quadrant penetrating into-cavity with eventration of small intestina and omentum case (*Arch. ed. atti. d. soc. Ital. di Chir.*, 1930, p. 828).
- MORRHEAD (J. J.). — Relation for trauma to hernia (*New England J. Med.*, 209 : 568-574, 21 septembre 1933).
- MOREAU (C.). — La hernie de force (*Med. des accidents du travail*, Paris, 1909, VII, 140-145).
- MOREAU (E.). — Accidents du travail : la hernie de force (*Revue de Médecine Légale*, Paris, 1908, XV, 267-272).
- PUEYRREDON (E. N.) et VIRASORO (J. E.). — La hernia imbilical como causa de vomissos en el lactante (*Prensa Méd. Argent.*, 20 : 2171-2172, 7 June 1933).
- PUNZO (G.). — La mia ipotesi nello studio dell' ernia di forza (*Gazz. Internaz. di med. Napoli*, 1920, XXIII, 61).
- REY (Et.). — Un arrêt de la Cour de Cassation en matière de hernie. Accident du travail. (*Société de Médecine Légale de France*. S. du 11 mai 1936. In *Ann. de Med. Lég. de Criminal. et de police scientifique*, 16^e année, n° 6, juin 1936).
- RIBEIRO (L.). — Infrequency and diagnosis of occupational hernio (*Folha Médica*, n° du 15 avril 1931, p. 121).
- RUBIO y F. PALMA. — Evidence against hernia as result of industrial accident (*Arch. de Méd. Cir. y especial*, 25 octobre 1930, p. 386).

SAINT-JACQUES (Eugène). — Accidental hernias and their compensation (*The Canad. Med. Assoc. Journ.*, n° 5, May 1930, p. 661).

SAUDIBET. — Rapport médico-légal sur un accident du travail provoquant une hernie inguinale (*La Semana Med.*, An. XXXIX, n° 43 du 27 octobre 1932).

SOREL. — La hernie et les accidents du travail devant la jurisprudence (*La Médecine Pratique*, n° du 30 juin 1929).

SORGE (G.). — L'ernia infortunio e de la sentenza di Cassazione de 1926 (*aRssegna d. preved. Sociale*, 19 : 5-17, March 1932).

TROTTIER (Ernest E.). — La hernie. Accident (*L'Union Médicale du Canada*, mai 1930, n° 5, p. 254).

X... — La hernie accident. Bouffonerie aux cent actes divers (*Bulletins chirurg. des accidents du travail*, n° 64, janvier 1935).

— La prédisposition herniaire (*Bull. chirurgical des accidents du travail*, octobre 1935).

— La hernie dite de force. La hernie accident du travail n'existe pas (*Bulletin chirurgical des Accidents de travail*, n° 72, octobre 1936, p. 15).

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
La hernie au point de vue médico-chirurgical.....	15
Hernies devant la jurisprudence.....	35
Hernies et accidents herniaires dus à des accidents de travail	51
1) Accidents herniaires au cours du travail..	51
2) Hernies traumatiques. Hernies accident de travail	55
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



